

# El cuerpo como presa de todos los males

(The body as the prey of all ills)

López Pérez, Ana M<sup>a</sup>

Hospital Universitario San Joan Reus. Grup Sagessa. C/ San Joan, s/n. 43201 Reus

BIBLID [1577-8533 (2007), 8; 217-232]

Recep.: 23.10.06

Acep.: 20.04.07

---

*La obesidad se está convirtiendo en una epidemia difícil de erradicar. Es una cuestión multifactorial compleja derivada del cambio de estilo de vida fruto de una sociedad capitalista que enfatiza en los individuos el consumo. Se exalta una imagen corporal muy delgada y se estigmatiza la obesidad provocando la necesidad de conseguir un cuerpo aceptado socialmente a cualquier precio.*

*Palabras Clave:* Obesidad. Obesidad Morbida. Cirugía bariátrica. Cuerpo. Estigma. Imagen Corporal.

*Desagerrarazteko zaila den epidemia bihurtzen ari da obesitatea. Faktore askotariko arazo konplexua dugu hau, gizakiengan kontsumoa bultzatzen duen gizarte kapitalista batek eragindako bizimodu aldaketatik datorrena. Irudi gorputz guztiz argala goretsi eta obesitatea estigmatizatzen da, eta gizarteak onarturiko gorputz bat edonola lortzeko premia eragiten da.*

*Giltza-Hitzak:* Obesitatea. Obesitate morbida. Kirurgia bariatrika. Gorputza. Estigma. Gorputz irudia.

*L'obésité devient une épidémie difficile à éradiquer. C'est une question multifactorielle complexe dérivée du changement de style de vie, fruit d'une société capitaliste qui emphatise la consommation chez les individus. On exalte une image corporelle très mince et on stigmatise l'obésité, provoquant le besoin d'obtenir un corps accepté socialement à n'importe quel prix.*

*Mots Clés:* Obésité. Obésité Morbide. Chirurgie "bariatrique". Corps. Stigmate. Image Corporelle.

## 1. INTRODUCCIÓN

La obesidad es en ocasiones considerada como un trastorno más de carácter estético que médico, siendo una de sus causas más relevantes el aumento de presión psicosocial en búsqueda animosa de una mal entendida concepción de la salud donde la delgadez ocupa un lugar preeminente y potenciada desde los medios de comunicación de masas que nos aportan los modelos a imitar y el sostenimiento de un estereotipo en los que la delgadez se equipara a la consecución de salud, mérito, seguridad y atractivo (Jáuregui, 2006:116). La delgadez deja de ser un objeto exclusivamente médico y de la salud para relacionarse con los modelos de moda, belleza y éxito social, con referentes estéticos y de identidad por tanto, y cuando, para alcanzar estos modelos, las personas han de renunciar, con frecuencia, a los criterios de salud que les dieron origen (Gracia, 2002:353).

¿Cómo se ha establecido culturalmente el actual rechazo de la obesidad, sobretodo en lo que a la mujer se refiere? La relación entre aspecto corporal y determinantes sociales, por ejemplo económicos, es bien conocidos y percibidos en la sociedad que nos a tocado vivir. Las formas redondeadas son menos valoradas en nuestra sociedad avanzada que en las sociedades menos desarrolladas, parece que en contraposición a la obesidad surge el modelo de cuerpo delgado, extremadamente delgado en el siglo XX y se extiende en toda la población de nuestro entorno. El modelo, sin embargo, presiona especialmente a las mujeres. A la vez que se produce su incorporación a lo social dejando, en parte, su papel tradicional de ama de casa. El modelo de mujer delgada se desplaza en el tiempo y en el espacio siguiendo el ritmo del desarrollo económico, aparece primero en las jóvenes de clase alta y pasa a la mayoría de la mano de los modelos difundidos por los medios. Tenemos que en épocas donde la obtención de alimentos es privilegio de las clases dominantes, la ostentación de peso, la obesidad es símbolo de status, de condición social privilegiada. Cuando el consumo de alimentos se hace accesible a la mayoría, un nuevo elemento de distinción y status viene a sustituirse por la delgadez. En la actualidad nos encontramos sumergidos en una sociedad orientada al consumo, toca consumir comida, toca consumir estética. En este consumo cabe la construcción de un cuerpo joven, sexualmente atractivo, que se esculpe con dietas, ropas ceñidas, músculos, cirugía, tatuajes o piercings (Jáuregui, 2006:156). Nos podemos dar cuenta constantemente cómo se transmite el modelo de mujer delgada en los medios televisivos, de que modo se utiliza la imagen de la mujer en nuestra sociedad consumista y también como empieza a verse al hombre triunfador, ambicioso y seductor. Tampoco debemos olvidarnos de la creciente edición de revistas de culto al cuerpo donde son habituales las dietas dirigidas al público femenino para alcanzar la imagen corporal deseada e infundida por el modelo sociocultural que nos ha tocado vivir sin ser por ello sus teorías ciertas y saludables.

Parece una gran paradoja pero en nuestro mundo se mueren tanto personas por falta de nutrientes como por exceso de los mismos, en el considerado primer mundo, sociedad del bienestar y de la abundancia, podemos afirmar que nuestra facilidad en ganar peso en tiempos de abundancia como los actuales no es

un bien ni un mal, sino, sencillamente, una de las capacidades con las que nos ha dotado la lucha por la supervivencia a lo larga de la evolución y que nos ha permitido sobrevivir como individuos y como especie. Sin embargo hoy por hoy, para muchas personas la facilidad para engordar se ha transformado en una maldición personal que les provoca un cierto malestar psíquico como nos dice Amigo (2002) o, como nos dice el Dr. Campillo (2005) más tarde, avanzando en la edad y en aquellas personas que no se cuidan, se activa el genotipo ahorrador fruto de la evolución promoviendo sus consecuencias metabólicas funestas, que darán origen a la aparición de las manifestaciones del Síndrome metabólico, siendo definitivo para su diagnóstico la aparición de cualquiera de sus manifestaciones clínicas. La primera en presentarse muy precozmente suele ser la obesidad androide, con la acumulación de grasa en el vientre; este es el momento ideal para plantearse un cambio de estilo de vida y de la alimentación.

Actualmente las principales autoridades sanitarias mundiales califican la obesidad como un problema grave de salud pública. Además, ha pasado de ser una dolencia propia del estilo de vida de la sociedad occidental a extenderse a los países en desarrollo. Calificada como una «epidemia en extensión», la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que de no tomar las medidas oportunas la incidencia podría duplicarse en pocos años. Su carácter multifactorial obliga a analizarla desde distintos ámbitos, que no sólo afecta a los adultos, sino que empieza a cebarse en poblaciones de niños y adolescentes (Campillo, 2005:17).

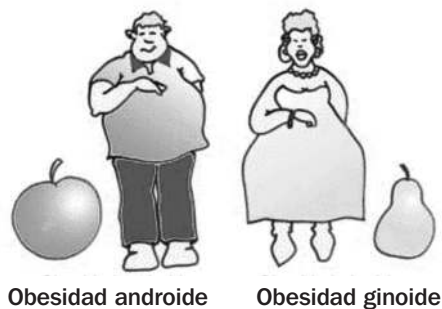
### **1.1. ¿Qué es la Obesidad?**

La etiología de la obesidad es muy variopinta ya que en ella influyen factores genéticos, hay estudios que nos dicen que se manifiesta en un 50% si uno de los padres es obeso y hasta el 80% si lo son los dos (Jáuregui:2006:408); factores psicosociales donde el individuo aumenta de peso cuando ingiere más calorías de las que gasta hecho complejo al confluir elementos biológicos, psicológicos y sociales, Jáuregui (2006) nos comenta que según Bouchard (2002), entre el 25 y el 40% del peso está determinado genéticamente a través de mecanismos como el número de células grasas, el metabolismo basal, la ganancia de peso en respuesta a la sobrealimentación y otros factores. El resto (60-75%) serían elementos de la conducta individual y la interacción con factores biológicos y ambientales. Dicho de otra forma en la obesidad intervienen factores genéticos, medioambientales y conductuales, metabólicos y hormonales, psicológicos y socioculturales, el estrés, los asociados a fármacos y el envejecimiento. Las causas que con mayor frecuencia pueden desencadenar la obesidad son: el embarazo, la lactancia, la menarquia, la supresión de la actividad física, el abandono del tabaquismo y después de una intervención quirúrgica.

La obesidad se define simplemente como un estado de salud anormal o excesiva acumulación de grasa en el tejido adiposo del cuerpo, que puede llegar a constituir un peligro para la salud. También puede definirse la obesidad como una condición compleja en la que la energía incorporada excede a la gastada. Ello provoca un aumento de grasa traducido en incremento de peso. (Amigo, 2002:21; Campillo, 2005:17; Calero, 2005:92; Jáuregui, 2006:407; Toro, 2003:162).

Varios autores Amigo, Calero, Campillo, Contreras, Gracia, Toro coinciden que la pandemia de obesidad es consecuencia de los cambios sociales acaecidos en los últimos treinta años que llevan a promover un estilo de vida sedentario y un consumo de dietas hipercalóricas. Este exceso de grasa en el cuerpo se distribuye de acuerdo con dos patrones fundamentales: el patrón androide o de manzana, que es la acumulación de grasa en la parte central del cuerpo, sobre todo en el vientre, más frecuente en los hombres, y el patrón ginoide o en pera, que se caracteriza por la acumulación de la grasa en la parte inferior del cuerpo, en muslos y caderas, más frecuente en mujeres y que suele repercutir en problemas mecánicos (figura 1). Todo exceso de peso merma la salud y predispone a numerosas enfermedades, pero en la obesidad donde la grasa se acumula en la barriga es un factor de riesgo de sufrir el síndrome X o Síndrome metabólico (diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión, hiperlipemia y/o arteriosclerosis).

Figura 1



Hay una serie de métodos para establecer el grado de obesidad dentro del criterio clínico que son:

Índice de masa corporal (IMC, BMI o Índice de Quetelet)

Tabla de peso y talla para adultos.

Tablas y gráficas de percentiles en niños y adolescentes.

Circunferencias.

Tablas de percentiles para pliegues cutáneos

El más utilizado vulgarmente por su fácil manejo es el  $IMC = P \text{ (peso)} / T^2 \text{ (Talla)}$

IMC	Clasificación
<18.5	Peso insuficiente
18.5-24.9	Normopeso
25-26.9	Sobrepeso grado I
27-29.9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30-34.9	Obesidad de tipo I
35-39.9	Obesidad de tipo II
40-49.9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

Clasificación del IMC en España, (Calero, 2005:96)

Clasificación del sobrepeso y la obesidad, SEEDO 2000 (Calero, 2005:114)

Así pues, tenemos que el IMC no nos facilita como está distribuida la grasa en el cuerpo lo cual hemos visto que es importante, ya que la grasa abdominal puede tener consecuencias negativas para la salud, forma de manzana. Para determinar la distribución de la grasa se mide el perímetro de la cintura, es un método simple y práctico de identificar personas con sobrepeso y por lo tanto con mayor riesgo a sufrir enfermedades relacionadas con la obesidad. Si el perímetro de la cintura es superior a 94-102 cm en el caso de los hombres y a 80-88 cm en el caso de las mujeres, significa que hay un exceso de grasa abdominal, que puede suponer un mayor riesgo a tener problemas de salud, incluso aunque el IMC sea normal.

## 1.2. Cirugía bariátrica

La intervención gastroenterológica es actualmente el método más efectivo para reducir los riesgos asociados a la obesidad mórbida, podemos considerarlo un riesgo eficaz contra la obesidad. Adelgazar es siempre difícil, pero en ocasiones parece imposible. La obesidad mórbida puede ir asociada a enfermedad coronaria, hiperlipemia, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, problemas respiratorios y trastornos osteoarticulares. En estos casos, el fracaso de las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas deja como única salida la práctica de una cirugía bariátrica, técnica no exenta de riesgo, pero que puede salvar vidas.

Tras la intervención, con un adecuado control médico, hábitos alimenticios saludables y ejercicio físico, los pacientes pueden perder entre el 60% y el 70% del peso inicial. Contra lo que mucha gente cree, no se trata de una cirugía plástica, sino que pertenece al campo la cirugía mayor y gastroenterológica. No obstante, según los expertos, la cirugía bariátrica no debe asumirse frívolamente como un remedio infalible contra la obesidad. Algunas variantes de la intervención producen modificaciones permanentes, y las que son transitorias, como la banda gástrica, no están exentas de riesgos y efectos secundarios posquirúrgi-

cos. En función de las características del paciente, el cirujano puede optar por una de las tres modalidades de cirugía bariátrica: la restrictiva, que reduce la capacidad del estómago; la malabsortiva, evitando que se absorba gran parte de lo ingerido en la dieta, y la mixta, que no es más que una combinación de las dos anteriores. Este tipo de intervenciones acreditan en conjunto un índice de éxitos del 72%, de forma que a los dos años de la intervención los pacientes llegan a perder una media del 50% de su peso. (Montaner, 2006).

Gracias a la cirugía bariátrica los pacientes logran en más del 90% de los casos corregir no sólo su IMC sino otras enfermedades asociadas. Es el caso de la diabetes, que desaparece prácticamente en el 100% de los casos, o la hipertensión arterial, que lo hace en un 90% (Montaner, 2006). La introducción de la laparoscopia en la cirugía bariátrica ha aportado incontables ventajas y ha disminuido tiempos y riesgos; sin embargo, no ha erradicado del todo los problemas posquirúrgicos. Los expertos subrayan que los hábitos de vida del paciente tras la operación determinan el nivel de éxito, empezando por la alimentación y terminando por la capacidad para adaptarse a una nueva vida que incluya una actividad física que antes era imposible realizar. Las operaciones restrictivas gástricas necesitan también una correcta educación, motivación y cooperación del paciente para mantener una adecuada ingestión de proteínas, minerales y vitaminas. A los tres meses surge un moderado déficit de proteínas que desaparece al año y medio, cuando se restablece el peso definitivo.

Diremos pues que los beneficios físicos y psicológicos vinculados a la cirugía bariátrica están bien documentados. Son diversas las anomalías físicas, asociadas a la obesidad, que mejoran tras la pérdida de peso, y la supervivencia esperada del individuo tras la operación es la equiparable a la de un individuo de peso normal. En la misma línea, tras las intervenciones se producen reducciones en indicadores de ansiedad, depresión, insatisfacción con la imagen corporal o sobreingesta compulsiva y los sujetos informan que experimentan mejoras en sus relaciones interpersonales, de pareja y sexuales, en las actividades de ocio y ambulación. Pero también tenemos que tener en cuenta los cambios estructurales que se producen en el circuito digestivo y que dan lugar a náuseas y dolores cuando el individuo ingiere cantidades superiores de alimento a las toleradas por su nuevo reservorio gástrico. A este tipo de cirugía podríamos llamarle "cirugía de conducta" dado que no se conoce otra solución a la obesidad que no sea conseguir que el individuo ingiera menos calorías o que gaste más; esto es, que modifique sus hábitos de alimentación y/o actividad tal y como nos manifiesta Ruiz Moreno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) avala el recurso de la cirugía bariátrica como tratamiento para la obesidad mórbida. Es el único que reduce el sobrepeso y mantiene dicha reducción de forma prolongada. Un tratamiento no quirúrgico puede disminuir el sobrepeso entre un 10% y un 20%; pero en el 98% de los casos reaparece al cabo de cinco años. La eficacia de la técnica depende en buena medida del paciente seleccionado. Los cirujanos se refieren a pacientes con IMC superior a 40, o superior a 35 y acompañado de otras enfermeda-

des (diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o respiratoria, lesiones de columna o articulares). Los límites de edad se establecen entre 16 y 65 años (aunque se han operado pacientes con tan sólo 12 años). Es muy importante que la obesidad presentada no se asocie a causas clínicas del tipo de un hipotiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de Turner, síndrome de Down, síndrome de Prader Willie, tratamientos con esteroides o hipogonadismo. Tampoco se considera adecuado operar a pacientes con trastornos psicóticos, déficit cognitivo, adicción alcohólica y trastornos alimentarios como bulimia y anorexia (Montaner, 2006).

### **1.3. Objetivo**

El objetivo principal de este trabajo es hacer evidente como inciden los cambios culturales en la exaltación de un prototipo standarizado de belleza corporal para las mujeres en general. Como afectan estos a las personas con obesidad y obesidad mórbida, ya que incluso llegan a establecerse mediáticamente y van acompañados de una extrema delgadez. Evaluar como repercute en mujeres obesas en general y como las puede estigmatizar e incluso ocasionar problemas físicos, psíquicos y sociales. La pretensión es grande, mi propósito en estas líneas sería hablar desde el otro lado, intentar dar voz a unas personas que socialmente creo que no la tienen los obesos, e intentar expresar lo que sienten y como se sienten.

## **2. MATERIAL Y MÉTODO**

Para realizar esta comunicación he utilizado métodos propios de la antropología: observación y entrevista corta no estructurada a personas que acudían a realizarse pruebas analíticas, relacionado con la bibliografía que he consultado y que cito al final. Estas personas tenían un grado de obesidad importante e incluso obesidad mórbida. Si estaban diagnosticadas de obesidad mórbida en la mayoría de los casos estaban pendientes de cirugía bariátrica o, ya estaban operadas y acudían a los controles correspondientes.

Como el tiempo de entrevista es corto, podríamos decir que es una pequeña charla sobre lo que representa el problema de la obesidad a estas personas, mientras se les realizaban las pruebas analíticas pertinentes. Les realicé preguntas como: ¿Por qué acudían al servicio?, ¿Qué motivó tomar una decisión tan importante cómo es la cirugía bariátrica? ¿El apoyo familiar? Acompañado de preguntas abiertas ¿Cómo estás?, ¿Cómo te sientes? ¿Desde cuándo eres obeso?...

Circunstancialmente en varios casos tuve la suerte de poder hacer un seguimiento, pero desafortunadamente no en todos ellos. En los casos que fue posible no fue lo suficientemente exhaustivo como yo hubiera deseado, lo que sí fue enriquecedor a los sentidos, al percibir el cambio con el tiempo que se producía en estas personas, parecido a un florecer o despertar de la naturaleza aletarga-

da por el invierno y despuntar hasta florecer en primavera. Algo así ocurría y se observaba a primera vista. En el movimiento, la expresión de la cara, la luz de sus ojos, el color de sus vestidos...en general un nuevo halo de luz y de esperanza les revitalizaba. Este aceptar de buen grado una nueva imagen y la satisfacción de no reconocerse, ni que les reconociera, esa sonrisa y el “¿no me conoces? Hace ya unos meses me hiciste unas pruebas para operarme...y, ¿no parezco la misma?, es como volver a vivir, volver a nacer, despertar a la vida...”.

### 3. RESULTADOS

El resultado lo voy a sintetizar de forma general a firma de discurso e iré intercalando alguna aportación directa de alguna de las obesas/os que me parezca relevante. A las preguntas más habituales haré una síntesis:

¿Por qué acudían al servicio?

La mayoría de obesos/as acuden para bajar de peso, realizar un cambio estético para sentirse mejor físicamente y ser más aceptados socialmente. Los casos severos de obesidad mórbida por problemas severos de salud, y por causas de enfermedad asociadas con el “síndrome X”, deficiencia respiratoria, problemas de movilidad... En este punto recuerdo un caso de obesidad mórbida que no pudo acceder al servicio por problemas de movilidad e infraestructura y la primera vez su asistencia se realizó dentro de la ambulancia, posteriormente ya pudo acceder con camilla al servicio, después con silla de ruedas y finalmente por su propio pie; para esta persona joven la cirugía bariátrica fue la liberación un vivir de nuevo.

¿Qué motivó tomar una decisión tan importante cómo es la cirugía bariátrica?

La gran mayoría fueron como consecuencia de problemas de salud como consecuencia de una enfermedad médica asociada a la obesidad o de disfunciones con falta de agilidad, cansancio, dolor o problemas de sueño. Pero sin olvidar el problema psicológico y conductual que tenían derivado de la percepción de su imagen corporal muy distante de la imagen corporal estandarizada socioculturalmente.

¿El apoyo familiar?

Habitualmente era una decisión personal abalada por el médico que la familia aceptaba en muchos casos y, en otros casos con menor incidencia, la familia no lo creía necesario y era más decisión del paciente conjuntamente con el médico.

Acompañado de preguntas abiertas.

¿Cómo estás?

Habitualmente se encontraban bien, y aceptaban los efectos secundarios del tratamiento, seguían las pautas nutricionales y el control médico. Por otro



lado a la gran mayoría se les proporciona un seguimiento de apoyo psicológico que les ayuda a ir progresando y mantenerse dentro de las normas establecidas tras la intervención. Recuerdo el caso de varias pacientes que manifiestan lo poco que pueden comer, sobre todo los primeros meses, que sólo pueden tomar líquidos, una me decía: *“Ya se sabe si te operan y solo te sirve una parte pequeña del estomago se llena con nada, sólo puedes comer muy poquito a base de líquidos o cosas muy blandas de fácil digestión. No como hacen algunas, que luego se ponen malísimas del dolor y los vómitos, pero no es extraño ¿A quién se le ocurre comerse un bocadillo de chorizo después de operarse? Es algo inamisible que no me cabe en la cabeza ¿cómo lo pudo hacer? Si con nada te llenas ahora la verdad es que no tengo nada de hambre, encambio antes siempre me estaba privando de comer.”* La mayor insatisfacción o molestia la atribuyen al padecimiento cotidiano de vómitos y dolor gástrico y/o abdominal. Por eso es importante un factor que manifiesta su alta motivación y adhesión al programa lo que les hace más llevaderos los cambios en los hábitos nutricionales. *De todas formas la percepción de esta situación anómala o molesta la vivían con normalidad al tener conocimiento del tipo de intervención que dificulta que coma, ahora tengo una anilla que me cierra parte del estómago, lo tengo mas pequeño cabe menos y se llena antes, si no me doy cuenta y como más es cuando me entran las náuseas y los vómitos. Lo que conduce a situaciones desagradables ante la comida que contribuye que consiga el cambio de los hábitos alimentarios.”*

¿Cómo te sientes?

La mayoría se sienten muy bien, al verse al espejo personas “normales” y percibirse como los demás. En un caso me encontré con un chico que se sentía asustado y según comento: *“no se como acabaré estoy preocupado, no paro de adelgazar. El médico dice que es normal ya que también me han desplazado una parte de intestino para que no absorba los nutrientes y pueda adelgazar con más facilidad”.* Otra chica me decía tengo menos hambre que antes de operarme y tengo más ganas de hacer cosas, siento más coraje, me puedo mover mejor lo que le conduce ha realizar más ejercicio físico”. Por otro lado manifiestan cambios emocionales que los asocian con una mayor satisfacción con las relaciones sociales y de pareja y con una mayor satisfacción de la imagen corporal.

¿Desde cuando eres obeso?

Aquí había variedad había quienes decían: *“que lo eran desde siempre”, “los que se habían convertido en obesos a partir de la adolescencia”, “después de los embarazos”, “con la edad”, “tras algún cambio sustancial en su vida que les hubiese producido estrés”...*

En general estas personas me han transmitido en su discurso que se encuentran mal por dentro y por fuera, además de no aceptarse a sí mismos ni ser aceptados por la sociedad en la mayoría de los casos. Estar delgado es una condición básica para sentirse aceptado y, por lo tanto, para aceptarse. Hemos satanizado “los kilos de más”. Los hemos convertido en una especie

de mal absoluto. Los hemos asociado a desprestigio, rechazo y autorrechazo. Y hemos organizado encarnizadamente la lucha contra el sobrepeso. Y la estamos librando partiendo de falsedades científicas, actuando en múltiples casos contra los límites impuestos por nuestra naturaleza, olvidando que los medios utilizados pueden tener peores consecuencias que el estado que pretendemos cambiar, y obligando a una ingente cantidad de seres humanos a vivir despreñándose dada la reiteración de sus forzosos fracasos ponderales (Toro, 2003:194). Este sentirse mal era consecuencia de una desazón continua de no estar a gusto consigo mismo con su cuerpo, en su cuerpo, con su interior al culpabilizarse de todos sus actos: del comer o no comer; del relacionarse con otras personas o no; de los contactos con algunos familiares o no; de sus relaciones íntimas con sus miedos y problemas de pareja por miedo a no tener un físico a la altura, con el percibir que la sociedad no les entiende y les culpabiliza de algo que no han buscado o no perciben que han buscado *la gordura*, o la obesidad.

Hoy en día el ser gordo u obeso es una situación que socialmente se estigmatiza fruto de un castigo a la poca constancia, a la desidia, a la pobreza, a la falta de estatus social, a la torpeza, al poco amor a uno mismo... Múltiples usos y costumbres, opiniones e informaciones, conforman un escasamente sutil entramado del que todos participamos, entramado que supone el rechazo más o menos manifiesto de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente. La presión social contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los seis años de edad los niños ya la han interiorizado perfectamente. Por un lado se le ve como una enfermedad buscada, esta atribución social de responsabilidad al obeso por su obesidad sin duda forma parte de las razones del rechazo, donde la obesidad es considerado como consecuencia de un vicio, y el obeso por lo tanto, una persona que a él se entrega. Se supone que es obeso porque quiere, es decir, porque come sin tino, sin control, con glotonería (Toro, 2003:163,164,165). Por si fuera poco acompañado de todo un abanico de enfermedades secundarias en lo que sólo importa su gasto público, no importa como se sienten estas personas y si realmente están a gusto consigo mismas o, todo lo contrario están encarceladas en su cuerpo y sus circunstancias.

Otro mensaje constante que transmiten estas personas es corroborado por la bibliografía. Un cuerpo obeso es un cuerpo difícil de cambiar perennemente. Así es, casi imposible que se convierta en un cuerpo estilizado o muy delgado, tal y como es el estatus de cuerpo o imagen corporal socioculturalmente estandarizado dentro del momento que nos a tocado vivir; la mayoría de las personas que adelgazan a los cinco años han recuperado otra vez su peso con alguna "limosnilla". Todo ello nos conduce a decir que son muy pocas las personas que consiguen su objetivo la delgadez siendo gordos. Sí reflexionamos, no sería más saludable intentar que las personas obesas no engordaran, se mantuvieran estables en el peso o como mucho plantearse objetivos realizables de bajar unos kilos en lugar de embarcarlos en un rumbo sin fin lleno de dietas hipocalóricas y de monstruosidades. No sería más conveniente ser todos sociedad y profesionales de la salud más realistas, honestos y saludables.

#### 4. DISCUSIÓN

La obesidad es un problema de salud que en ningún momento me atrevería a contradecir esta demostrado por médicos, científicos y especialistas en el tema que lo avalan por todas las nefastas consecuencias que la obesidad y el sobrepeso pueden tener en la salud, estas son numerosas y variadas, desde un mayor riesgo de muerte prematura a varias dolencias debilitantes y psicológicas, que no son mortales pero pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida. Ya a principios del siglo XX el colectivo médico ve la obesidad como algo patológico, recomendando los estándares de peso y salud que serían decisivos en el establecimiento de los estándares de peso ideal y, en definitiva, para la canonización de la figura humana. Este interés médico por el control del peso corporal se refuerza también con las presiones de la industria aseguradora considerando la gordura como un parámetro de riesgo para la salud (Contreras y Gracia, 2005:343-344).

Según datos de la OMS, más de mil millones de personas adultas en todo el mundo tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas. Además, la prevalencia de la obesidad se asocia cada vez más con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, como enfermedades cardiovasculares, hipertensión, ciertos tipos de cáncer o diabetes, entre otras. De hecho, de los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras. De esta forma, la obesidad puede reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años. Además, supone una elevada carga económica para los sistemas de salud.

Tenemos pues que los principales problemas de salud asociados a la obesidad y exceso de peso son: Diabetes de tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares e hipertensión, Enfermedades respiratorias, algunos tipos de cáncer, Osteoartritis, Problemas psicológicos, Empeoramiento de la percepción de calidad de vida. Por otra parte sabemos los problemas a los que conlleva la obesidad, pero si somos honestos se toman o se intentan acciones realistas para conseguir frenar esta epidemia fruto del un mundo capitalista.

Existe un gran proyecto “La Estrategia NAOS”, sin duda relevante y de buena voluntad: Algunos puntos:

- Esta estrategia ha sido elaborada a través de una plataforma de consulta, coordinada por AESA, de la que han formado parte más de 80 organizaciones del ámbito público y privado: Comunidades Autónomas, Departamentos Ministeriales, asociaciones empresariales, asociaciones de consumidores, Colegios Profesionales, grupos de expertos en nutrición y asociación de padres de alumnos.
- Las acciones se llevarán a cabo en los ámbitos familiar, empresarial, sanitario y, especialmente, en el educativo, incidiendo en los comedores escolares y en el fomento del ejercicio físico.

- Las máquinas expendedoras de comidas y bebidas no podrán instalarse en lugares de fácil acceso para los alumnos de Infantil y Primaria, no llevarán publicidad e incluirán productos que favorezcan una dieta equilibrada.

- La industria aplicará un código de autorregulación para la publicidad de alimentos y bebidas destinados a menores de 12 años, las franjas horarias de emisión y el modo de presentación de los productos.

- Se reducirá el porcentaje de sal en la elaboración del pan, pasando del 2,2% actual al 1,8% en cuatro años; se reducirá también el contenido en sodio y en grasas de los alimentos; y se incluirá información nutricional en las etiquetas de los productos y en los menús de los restaurantes.

- Se constituirá un Observatorio de la Obesidad, en el que participarán CC.AA., Ayuntamientos, sociedades científicas, asociaciones, fundaciones y sector privado, para analizar periódicamente la prevalencia de esta enfermedad y el seguimiento de la Estrategia.

Una noticia relevante que aparecía en los medios de comunicación en febrero de 2005, sin duda ambiciosa: "La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, ha presentado esta mañana la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), cuya principal finalidad es mejorar los hábitos alimenticios e impulsar la práctica regular de la actividad física entre todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil y juvenil. En el acto, la Ministra ha estado acompañada por la Presidenta de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, María Neira, organismo que se ha encargado de la coordinación de la Estrategia NAOS y por el Secretario General de Sanidad, Fernando Lamata".

La obesidad una epidemia que nace y se recrea en un mundo regido por una economía capitalista, sin duda muchos de los productos "aptos para el consumo" que nacen diariamente, tienen razón de existir sí realmente a la larga pueden ser o no perjudiciales a la salud por conducir a favorecer la obesidad a un gran número de personas y llevarlas hacia el camino de difícil retorno como es el de la obesidad. Sin duda la obesidad no es solo fruto de la alimentación, es un proceso mucho más complejo.

Las razones de este fenómeno se deben a los profundos cambios en nuestro estilo de vida. Pero fundamentalmente las causas son dos: un deterioro de nuestros hábitos dietéticos y un estilo de vida sedentario. Estas dos causas se han manifestado de una forma evidente en nuestro país en los últimos años. Por ejemplo, la dieta de nuestros niños, jóvenes y adultos se ha ido alejando progresivamente de la llamada "dieta mediterránea" porque ha aumentado el consumo excesivo de productos cárnicos, lácteos, bollería y bebidas carbonatadas al tiempo que ha disminuido la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales. Además, es preocupante que el 8% de los niños españoles acuden al colegio sin haber desayunado, cuando se ha demostrado que la prevalencia de obesidad es superior en aquellas personas que toman un desayuno escaso o lo omiten. Como nos reiteran Contreras y Gracia (2005). Todo esto se agrava además por una tenden-

cia creciente al sedentarismo en las actividades lúdicas, donde la práctica de ejercicio se ha sustituido por pasar horas delante de la televisión o del ordenador.

La obesidad es un gran problema y mirado desde otro ángulo un gran negocio, es como un pez que se muerde la cola, donde se crea y recrea productos que pueden conducir a la obesidad y otros productos que nos ofertan desahuciarla; productos altamente calóricos y productos bajos en calorías. Vivimos en una sociedad dentro de un mundo capitalista difícil de frenar y hacer entrar en razón a profesionales de la salud y no tan profesionales de la salud, industria, economía, gobiernos... Se crea un ideal estético corporal actual divulgado por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las chicas de nuestro entorno debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico en las mujeres. Este ideal estético corporal imperante en la actualidad cae dentro del peso muy bajo: "ser bella es igual a ser delgada" y es en la mayoría de los casos muy difícil de conseguir, sólo una minoría de mujeres es biológicamente capaz de encarnar este ideal (Gracia, 2002:368).

Los medios de comunicación nos plantean un cuerpo a la carta, un cuerpo moldeable prácticamente sin esfuerzo, sólo con unos u otros productos, con tu constancia de uso, ejercicio pasivo mientras se realizan otras actividades. Bien saben cuantos se dedican a intentar pérdidas de peso mediante productos y procedimientos de múltiples estirpes, la dificultad, para conseguir éxitos, especialmente éxitos definitivos, todo ello promueve un especial y significativo encanto comercial para los distribuidores de las supuestas soluciones. Pese a los fracasos, la demanda se mantiene vigente gracias a la presión social a favor de la delgadez –y en contra del sobrepeso, por sano que éste sea- y a una oferta de productos y servicios adelgazantes en persistente crecimiento (Toro, 2003:188). Sin duda disminuir los hábitos sedentarios adquiridos y aumentar el ejercicio físico continuado y constante es una de las mejores armas para contribuir a la disminución de peso.

La publicidad y los medios de divulgación no científicos nos aportan un mensaje "como si el cuerpo fuera un envoltorio de usar y tirar, de cambiar al antojo de la moda". Sin tener en cuenta a las personas, a todo el esfuerzo que les representa diariamente ser señalados con el dedo como unos monstruos del sistema, productos de la gula, del vicio, de la sobrealimentación, de la abundancia, de la desnutrición, del mal comer, del propio bajo amor propio...pues...¿A quién se le ocurre ser un "fantoche"?, desde luego no puede ser una persona que se estime a sí misma y que se tenga aprecio. Realmente estas personas son obesas porque quieren o porque no pueden dejar de serlo. Sí un niño cuenta con ambos padres obesos tiene tres veces más riesgo de ser obeso que siendo hijo de padres delgados. Cuando sólo es obeso uno de los padres, el niño en cuestión tiene un 40 a un 50% de probabilidades de serlo él también. Cuando ambos padres lo son, el riesgo de obesidad del hijo se eleva al 80% (Toro, 2003:176). Sería interesante ponernos en su piel vivir dentro de su cuerpo, quizás entonces veríamos el otro lado la idea que me ha dado el título "El cuerpo como presa de todos los males".

En este punto del discurso me viene la voz de una mujer joven de 44 años madre de 4 hijos de familia de clase alta que se operó de cirugía bariátrica en

una clínica de pago, por no poder esperar a ser obesa mórbida y que le cubriera el gasto la seguridad social después de una larga lista de espera, ella tenía una obesidad importante y había sufrido en sus carnes, nunca mejor dicho un cambio total de imagen, antes de la maternidad siempre había sido esbelta y el cambio no lo podía asumir. Me explico que había realizado todo tipo de dietas, tratamientos estéticos, alguna que otra liposucción... todo ello sin éxito, pues a la larga recuperaba el peso. Por fin se decidió, su hijo mayor ya tenía 20 años, buscando un lugar de reputación donde operarse. A esta mujer por otros problemas habíamos coincidido durante varios años y se le veía apagada, sin animo, sin vida, lo cual ella misma manifestó cuando le pregunte ¿No tenías miedo de operarte? ¿Y, sí no iba bien? Es un riesgo. Su respuesta aunque parezca imposible no me sorprendió, ya que sólo con una simple mirada se veía que había hecho un cambio espectacular, su forma de vestir de andar, ese desafiar al mundo de gustar y de gustarse, de iluminar con la mirada. Lo que me dijo ahora me parece fuerte al recordarlo. Con toda tranquilidad me dijo *que no tenia nada a perder todo lo contrario ¿Qué crees que era lo peor que me podía pasar? ¿Morir?, nunca me preocupo ya estaba muerta. Ahora soy feliz y tomé una decisión acertada ahora ya no se atreverían a operarme con este otro problema que estoy superando día a día, para mí son menores los efectos estéticos y psicológicos que me provoca la quimioterapia y el cáncer que, los problemas estéticos y psicológicos que me producía el ser gorda"...*

Es fuerte que una patología como un cáncer en algún momento para una persona pueda ser incluso más banal que ser gorda u obesa. Esto me hace pensar que las personas obesas realmente pueden sentirse muy mal, poco aceptadas o queridas, rechazadas, nada respetadas por sus iguales. Sí, puedo decir por sus iguales al ser personas como ellos de su misma cultura, sociedad, ciudad, barrio, e incluso ser familiares o amigos. A caso, hay alguna persona obesa que en algún momento de su vida no le han llamado "gorda" o, que no la han mirado por ser obesa con desprecio, yo creo sinceramente que no hay ninguna que se escape de este estigma en una cultura donde el valor moral atribuido a la delgadez y al régimen se justifica generalmente en nombre de la salud. Muchas explicaciones han sido ofrecidas para la profunda importancia de un físico delgado. La mayoría de ellas enfatizan la estética física y rasgos de personalidad asociados con el físico. La delgadez no sólo es presentada como atractiva sino que se asocia con el éxito, el poder y otros atributos altamente valorados. En cambio, la obesidad es considerada física y moralmente insana, obscena, propia de perezosos, de glotones (Contreras y Gracia, 2005:330).

Tal y como ocurre en todos los humanos estas personas tienen sentimientos, unos sentimientos más a flor de piel quizás que el resto de personas al encontrarse a la defensiva dentro de un medio hostil, un medio que les estigmatiza, que les culpabiliza de ser como son y de no ser como la sociedad quiere. Todo esto lo perciben lo que les convierte en el mejor de los casos en personas tristes, enfadadas consigo y con la sociedad, con baja autoestima, llenas de malestares, diferentes sintomatologías, problemas somáticos, dolores, problemas de todo índole tanto físicos, psicológicos o espirituales, sociales y como no, médicos de todo tipo, problemas de conducta...

Las conclusiones que se pueden extraer de este estudio han de ser contempladas bajo la cautela que impone el trabajo con muestras reducidas de población y por las características impuestas por el contexto en el que se ha llevado a cabo la recogida de datos observación y conversación mientras se realizan las pruebas analíticas correspondientes. De todos modos se armonizan con la bibliografía que trata este tema, la obesidad estigmatiza a las personas y les hace sentir culpables de esa situación que en muchos de los casos no es buscada o querida por quien la sufre, produciéndole en consecuencia problemas de toda índole: físicos, psíquicos y sociales. Incluso llegando a pensar que esto no es vida y que no es gratificante vivirla de esta forma, lo que les lleva a asumir con alegría los riesgos y trastornos que se pueden producir como consecuencia de la cirugía bariátrica y considerarlos como males menores. Por otro lado, sale manifiesta la idea socialmente aceptada de que sí estas personas tienen este problema de obesidad es por que quieren, ya que es debido a ser poco constantes, descuidadas, poco inteligentes y malas cuidadoras de su salud y dieta, e incluso en algunos casos se les estigmatiza de poco poder adquisitivo. Aunque en el tratamiento de la obesidad no siempre se logra un resultado satisfactorio lo que puede provocar en el individuo obeso una sensación de fracaso o de culpabilidad y de disminución de la autoestima.

Es importante la observación de la forma de comportarse, manifestarse, de vestirse... de estas personas en referencia a su cuerpo y persona en general “en su antes y después” y a la vez como son tratadas, miradas... de nuevo por los demás. El deseo de cambio de imagen, de envoltorio es común en todas ellas, más por estética y dificultar en el movimiento que por salud. Por salud sólo es manifestado en personas con una obesidad morbida extrema que les conlleva a serios problemas y a enfermedades concretas que les merma su vida y su calidad de vida. Atendiendo a criterios sanitarios, físicos y psicológicos, la cirugía bariátrica se muestra como un procedimiento capaz de abordar una problemática que hasta el momento es bastante refractaria a tratamientos tradicionales menos intrusivos.

La obesidad no es solo un problema personal sino que también es un problema social, donde no sólo se ven requeridas implicaciones personales. El cuerpo es nuestra imagen exterior y es muy importante que sea aceptada por todos, con ello quiero decir tanto por su usuario como por las personas que le ven y lo tratan.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

AMIGO, I. *La delgadez imposible. La lucha contra la imposición de la imagen corporal*, Barcelona: Paidós, 2002.

CALERO, F *Abordaje de la obesidad en y desde la educación*, Alcalá la Real (Jaén), Formación Alcalá, 2005

CAMPILLO, J.E. *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*, 3ª edición, Barcelona: Crítica, 2005.

CONTRERAS, J y GRACIA, M. *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*, 1º edición, Barcelona: Ariel, 2005.



- GRACIA ARNAIZ, M. *Somos lo que comemos*, 1<sup>a</sup> edición, Barcelona: Pirámide, 2002.
- JÁUREGUI LOBERA, I. *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atracones y obesidad*, 2<sup>a</sup> edición, Barcelona: Grafema, 2006.
- MINISTERIO DE SANIDAD I CONSUMO. *Estrategia Naos. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevació de la obesidad*, Madrid: Coimam, SL, 2005
- MONTANER, J. *Cirugía bariátrica: un riesgo eficaz contra la obesidad*. Madrid: Revista de Cirugía y obesidad, 2006
- RUIZ, M. *Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad morbida*, Malaga: Psicothema, 2002
- TORO, J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, 3<sup>a</sup> edición, Barcelona: Ariel, 2003